



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2017

Ticstörungen in der Kindheit und Jugend: Schon Psychoedukation kann vielen helfen

Tagwerker Gloor, Friederike

Other titles: Les tics chez l'enfant et le jeune: La psychoéducation peut déjà en aider beaucoup

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-141747>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Tagwerker Gloor, Friederike (2017). Ticstörungen in der Kindheit und Jugend: Schon Psychoedukation kann vielen helfen. Hausarzt Praxis, 12(8):25-28.



Ticstörungen in der Kindheit und Jugend *Les tics chez l'enfant et le jeune*

Schon Psychoedukation kann vielen helfen

La psychoéducation peut déjà en aider beaucoup

Friederike Tagwerker Gloor, Zürich

- Ticstörungen gehören zu den häufigen chronischen Erkrankungen des Kindesalters. Der Verlauf ist in den meisten Fällen günstig. In der Adoleszenz gehen Tics bei 90% der Patienten spontan zurück.
- Komorbiditäten wie ADHS und Zwänge sind bei einem Tourette-Syndrom die Regel. Sie beeinträchtigen die Lebensqualität häufig stärker als die Tics und sollten auch vorrangig behandelt werden.
- Eine Psychoedukation über das Störungsbild führt zu einer deutlichen Entlastung der meisten Familien und Patienten. Eine Behandlung ist bei stärker ausgeprägten Tics oder spürbarer psychosozialer Beeinträchtigung angezeigt.
- Als Behandlung der ersten Wahl wird in der Regel Verhaltenstherapie empfohlen. Sie hat eine gute Evidenz und geringere Nebenwirkungen als die Medikation.
- Bei ausgeprägter Ticsymptomatik ist eine Behandlung mit atypischen Neuroleptika wie Tiapridal® oder Aripiprazol («off-label») indiziert.
- *Les tics font partie des maladies chroniques les plus fréquentes de l'enfance. L'évolution est favorable dans la plupart des cas. Les tics disparaissent spontanément pendant l'adolescence chez 90% des patients.*
- *Des comorbidités telles qu'un THADA et des obsessions sont la règle dans un syndrome de Gilles de la Tourette. Elles dégradent la qualité de vie souvent bien plus que les tics et doivent également être traitées prioritairement.*
- *Une psychoéducation sur l'aspect du trouble permet un net soulagement de la plupart des familles et des patients. Un traitement est indiqué en cas de tics prononcés ou de dégradation psychosociale manifeste.*
- *Une thérapie comportementale est généralement recommandée comme traitement de première intention. Elle a de bonnes données probantes et moins d'effets secondaires que le traitement médicamenteux.*
- *En cas de symptomatologie de tics prononcée, un traitement avec des neuroleptiques atypiques tels que Tiapridal® ou Aripiprazol («hors-AMM») est indiqué.*

■ Tics sind kurze, plötzlich einsetzende, sich wiederholende, nicht-rhythmische Bewegungen oder Laute. Im Gegensatz zu Zwängen werden sie als unwillkürlich und sinnlos erlebt und ihre Unterdrückung geht in der Regel mit einem Anstieg der Erregung einher. Es wird zwischen einfachen und komplexen motorischen oder vokalen Tics unterschieden. Fluktuationen hinsichtlich Häufigkeit und Ausgestaltung über Stunden, Tage, Wochen und Monate sind ein typisches Merkmal von Tics (**Abb. 1**). Bei der Beurteilung jeglicher Intervention muss diesem Umstand Rechnung getragen werden. Meist geht den Tics ein unangenehmes sensomotorisches Dranggefühl voraus. Dieses Vorgefühl («premonitory urge») wird von vielen Betroffenen als unangenehmer als die Tic-Ausführung selbst erlebt und beeinträchtigt die Lebensqualität nachweislich. Das Vorgefühl nimmt in der verhaltenstherapeutischen Behandlung wie dem Habit Reversal Training (HRT) oder der Exposure and Response Prevention (ERP) eine zentrale Stellung ein.

Normalerweise werden Tics nicht als willentlich beeinflussbar oder kontrollierbar erlebt. Im Verlauf der Störung lernen jedoch viele Kinder und Jugendliche, ihre Tics für unterschiedlich lange Zeiträume zu unterdrücken. Belastungen, emotionale Erregung und Stress oder auch Freude können Tics situativ verstärken. Bei Konzentration auf eine bestimmte Tätigkeit oder durch Entspannung oder Ablenkung werden sie seltener, im Schlaf lassen Tics in den meisten Fällen nach [1].

Häufigkeit

Bis zu 12% der Kinder und Jugendlichen im Primarschulalter sind kulturübergreifend und weltweit von einer vorübergehenden Ticstörung betroffen. Bei 3–4% bleiben die Symptome chronisch persistent. Liegen chronische motorische und vokale Tics gleichzeitig vor und bestehen sie länger als zwölf Monate, wird diagnostisch von einem Tourette-Syndrom gesprochen, dessen Prävalenz bei etwa 1% liegt. Jungen sind viermal häufiger betroffen als Mädchen und leiden auch eher unter begleitenden externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten. Mädchen sind eher von komorbiden Zwangssymptomen betroffen.

Der Schweregrad einer Ticstörung nimmt bei den meisten Betroffenen zwischen dem fünften und dem

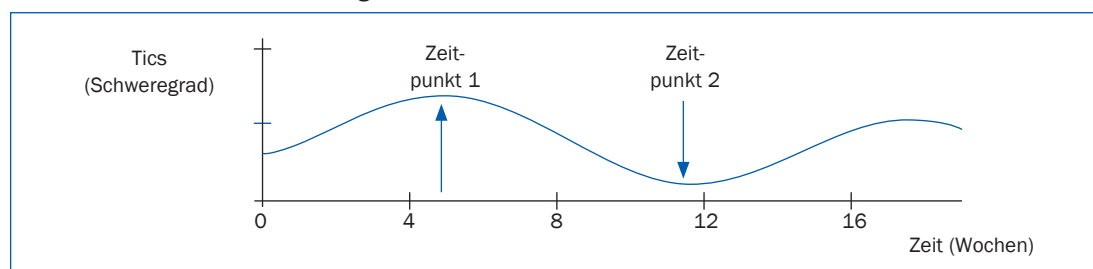


Credits auf

medizinonline.ch

FACHPORTAL FÜR ÄRZTE

Einloggen, Fragen beantworten und direkt zum Zertifikat gelangen

Abb. 1: Fluktuation der Ticstörung

zehnten Lebensjahr markant zu. In den meisten Fällen – unabhängig von der Behandlung – ist der Verlauf in der Adoleszenz durch einen Symptommrückgang gekennzeichnet (**Abb. 2**). Die Hirnreifung im Laufe der Entwicklung verbessert die Impulskontrolle, was in geringeren Prävalenzraten im Erwachsenenalter resultiert [2].

Komorbiditäten

Neuropsychiatrische Komorbiditäten bestehen bei chronischen Ticstörungen bei 20–75% der Betroffenen; bei Patienten mit Tourette-Syndrom sind sie in 80–90% der Fälle die Regel. Der Verlauf und der Schweregrad der begleitenden Störungen beeinträchtigen die Patienten mehr als die Tics und stellen für die Entwicklung einen grösseren Risikofaktor dar. Die häufigsten Komorbiditäten sind ADHS und Zwangsstörungen (**Tab. 1**).

Ursachen

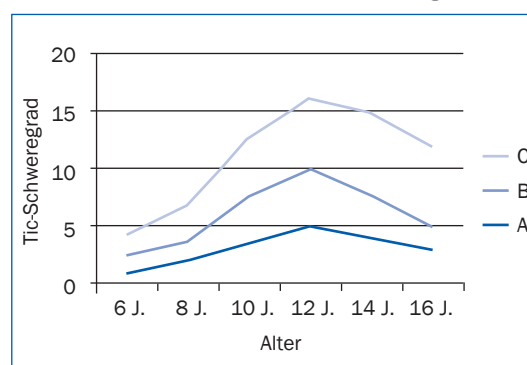
Die Ursachen einer Ticstörung als organische, nicht-psychisch bedingte Erkrankung sind noch nicht abschliessend geklärt. Man geht von einem multifaktoriellen Modell aus, das Wechselwirkungen zwischen genetischen, neurobiologischen, psychischen und exogenen Einflüssen enthält. Wahrscheinlich ist die Disposition für eine Ticstörung genetisch bedingt, wohingegen der Schweregrad und der Verlauf der Erkrankung durch epigenetische Faktoren wie Komplikationen während der Schwangerschaft, psychosozialen Stress oder immunologische Faktoren bestimmt werden. Unbestritten ist die prominente Rolle des dopaminergen Systems bei der Pathogenese von Ticstörungen, wobei eine funktionale Überaktivität oder Überempfindlichkeit des Dopamin-Stoffwechsels vermutet wird.

Diagnosestellung und Einschätzung des Schweregrads

Abklärung und Diagnosestellung der Ticstörung erfolgen in vielen Fällen erst Jahre nach dem Symptombeginn und können als erste Massnahmen bereits eine erhebliche Entlastung bei Betroffenen und Eltern darstellen. Die Diagnose wird klinisch durch eine ausführliche kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung gestellt. Neben der Exploration der Tics sollten allfällige Komorbiditäten erfasst und andere Bewegungsstörungen (wie z.B. Stereotypien, choreatische Erkrankungen, Dyskinesien, Restless-Legs-Syndrom oder funktionale Bewegungsstörungen) ausgeschlossen werden [3].

Behandlung

Die Indikation für eine Behandlung ist abhängig vom Schweregrad der Störung und den empfundenen psychosozialen Beeinträchtigungen des Betroffenen und seines sozialen Umfelds. In vielen Fällen verläuft eine Ticstörung milde, so dass sie gar nicht erkannt wird oder kaum Leidensdruck verursacht. Häufig reichen eine Aufklärung und Beratung über das Störungsbild (Psychoedukation) von Eltern, Kind, Lehrern und sozialer Umgebung aus, um Sorgen und ungünstigen Reaktionen der Umwelt entgegenzuwirken [1]. Es wird zu einer «watch and wait»-Strategie mit Verlaufskontrollen nach sechs oder zwölf Monaten geraten.

Abb. 2: Klinischer Verlauf von Ticstörungen

A, B, C sind verschiedene mögliche Verläufe (unter vielen mehr)

Tab. 1: Komorbiditäten bei chronischen Ticstörungen

Komorbidität	Häufigkeit
ADHS	ca. 60%
Zwangsstörungen	ca. 30%
Impulskontrollstörungen	ca. 25%
Depressionen	ca. 20%
Ängste	ca. 20%
Schlafstörungen	ca. 15%
Verhaltensstörungen	ca. 10%
Selbstverletzendes Verhalten	ca. 5%

Entsprechend den europäischen klinischen Leitlinien [4] wird bei starken Tics oder begleitenden Erkrankungen eine Behandlung empfohlen. Die Art und Ausprägung der Tics, die subjektive und psychosoziale Belastung, Einschränkungen des Funktionsniveaus sowie das Fehlen hinreichender Selbstkontroll- und Bewältigungsmechanismen beeinflussen die Wahl der Therapie. Je nach Schweregrad und Komorbiditäten erfolgt die Behandlung entweder verhaltenstherapeutisch, medikamentös oder durch eine Kombination dieser Behandlungsmöglichkeiten. Keine der verfügbaren Therapien kann eine Ticstörung heilen oder die Ursachen und den spontanen Verlauf beeinflussen.

Verhaltenstherapie

Das Kernelement der Verhaltenstherapie bei Ticstörungen ist das Habit Reversal Training (HRT) [5]. Es geht davon aus, dass Verhaltensgewohnheiten («habits») dann zu Problemen werden, wenn sie teilweise unbewusst ablaufen, sozial toleriert und durch ständige Wiederholungen aufrechterhalten werden. Im HRT lernt der Patient, diese zu unterbrechen und die Tics durch bewusst ausgeführte Verhaltensweisen zu ersetzen, was die Selbstkontrolle verbessert. Durch ein Wahrnehmungstraining für das sensomotorische Vorgefühl lernen Patienten, den Tic mit einer Gegenregulation abzuschwächen oder zu verhindern (**Abb. 3**). Entgegen früherer Annahmen kommt es nach dem verlängerten Unterdrücken der Tics nicht zu verstärktem «Nachticken» («rebound»), insbesondere dann nicht, wenn der Patient durch fortlaufende Verstärkung und durch begleitende Entspannungstechniken im Unterdrücken der Tics unterstützt wird [6].

Entsprechend der Behandlung von Zwangsstörungen wird neuerdings auch bei Ticstörungen Exposition mit Reaktionsverhinderung (ER) eingesetzt [7]. Dabei nimmt das Vorgefühl eine besondere Stellung ein. ER versteht Tics als habituierte Reaktionen auf die aversiven Vorgefühle. Ziel ist, alle aktuell vorliegenden Tics gleichzeitig und möglichst lange zu unterdrücken. Die Konzentration auf den Umgang mit dem störenden Vorgefühl erleichtert das Unterlassen der Tics. Auch Elemente aus der Acceptance and Commitment Therapy (ACT) und der Atemtherapie können die Verhaltenstherapie hilfreich unterstützen.

Eine verhaltenstherapeutische Behandlung bedingt jedoch ein regelmässiges Training im Alltag und eine hohe Eigenmotivation.

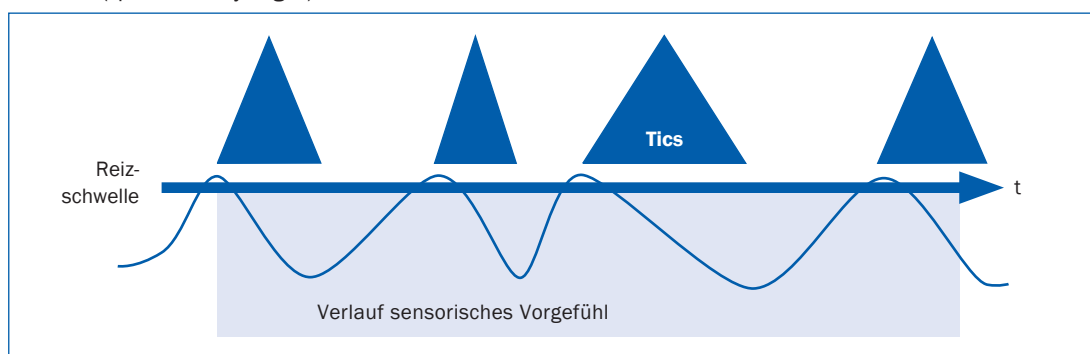
Die gute Evidenz von Verhaltenstherapie (HRT und ER) bei Ticstörungen ist heute durch randomisierte und kontrollierte Studien belegt [7,8]. Die europäischen klinischen Leitlinien [4] empfehlen Verhaltenstherapie bei TS und anderen Ticstörungen als Methode der ersten Wahl. Studien, die die Effizienz von Verhaltenstherapie und Medikation bei Ticstörungen vergleichen, fehlen noch. Aufgrund der besseren Langzeiteffekte und der geringeren Nebenwirkungen wird dennoch empfohlen, die Behandlung mit Psychoedukation und Verhaltenstherapie (HRT und ERP) zu beginnen.

Trotz der vorliegenden Evidenz für Verhaltenstherapie bei Ticstörungen werden diese Verfahren von Psychiatern und Psychologen in Europa und den USA noch viel zu selten eingesetzt. Viele Kliniker kennen HRT kaum oder fühlen sich nicht kompetent genug, es anzuwenden. E-health könnte ein möglicher Weg sein, dieser Herausforderung zu begegnen. Mehrere Forschergruppen untersuchen die Wirksamkeit von Video- und Web-basierten Verhaltenstherapie-Anwendungen [9]. Auch spezifische Smart-Phone-Apps können zur Dissemination und Unterstützung der Therapie von betroffenen Jugendlichen beitragen.

Medikamentöse Behandlung

Liegt eine massive und vielfältige Ticsymptomatik mit Komorbiditäten vor, sinkt meist die Compliance des Kindes oder Jugendlichen für Verhaltenstherapie. Eine Pharmakotherapie ist für schwere und chronische Ticstörungen indiziert, die die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen deutlich beeinträchtigen (z.B. durch soziale Isolation und Stigmatisierung sowie Einbussen der schulischen Leistungsfähigkeit). Niedrig dosierte atypische Neuroleptika sind in Europa die Medikamente der ersten Wahl und werden «off-label» verabreicht, obwohl nur wenige kontrollierte Studien zu dieser Indikation vorliegen [10]. Zugelassen ist Haloperidol, das aber wegen Nebenwirkungen kaum noch verwendet wird. Tiapridal®, ein selektiver Antagonist für Dopamin D2-Rezeptoren, ist seit Langem in der Schweiz und in Deutschland das Medikament der

Abb. 3: Zentral in der Verhaltenstherapie: Das Management des sensorischen Vorgefühls («premonitory urge»)



ersten Wahl bei Kindern. Die klinische Erfahrung hinsichtlich Wirkung und Verträglichkeit ist sehr gut. Ein Anstieg des Serum-Prolaktins und sehr selten die Entwicklung einer Galaktorrhoe sind zu beachten. Aripiprazol, ein vielversprechendes neueres Neuroleptikum und partieller Dopamin D2-Rezeptor-Agonist, hat bei einer niedrigen Dosis (2,5–5 mg/d, max. 7,5 mg/d) eine gute Wirksamkeit und nur geringe Nebenwirkungen [11]. Es wird «off-label» verabreicht.

Risperidon wird im deutschsprachigen Raum trotz eines guten Wirkungs-Nebenwirkungs-Profiles bei Kindern nicht mehr als erste Wahl eingesetzt. Es muss unter einer antipsychotisch wirksamen Dosis eingesetzt werden, da sonst extrapyramidale und metabolische Nebenwirkungen auftreten (<3–4 mg/d).

In den USA werden auch Clonidin und Guanfacin, Alpha-2-adrenerge Agonisten, in der Behandlung von Ticstörungen mit guter Wirksamkeit eingesetzt.

Bei Ticstörungen sollte die Medikation über einen längeren Zeitraum geplant werden, Eindosierungen und Absetzen sollten kleinschrittig erfolgen. Weder Verbesserungen noch Verschlechterungen sollten einen zu raschen Absetzversuch auslösen, da die Symptomatik, wie schon beschrieben, auch ohne Behandlung spontan fluktuiert.

Fazit

Durch die bestmöglichen psychotherapeutischen und/oder medikamentösen Interventionen kann oft eine wesentliche Reduktion der Symptomatik erzielt werden, auch wenn nicht immer eine vollständige Remission erreicht wird. Entscheidend für die Behandlung ist der Leidensdruck der betroffenen Patienten und ihrer Familien. Ziel einer guten Beratung und Behandlung sollte in jedem Fall das Anstreben einer ausreichenden Lebensqualität sein.

Literatur:

1. Tagwerker-Gloor F: Tic-Störungen im Kindes- und Jugendalter. PSYCHup2date 2015; 9: 161–176.
2. Leckman JF, Bloch MH, Scahill L: Phenomenology of tics and natural history of tic disorders. Advances in Neurology 2006; 99: 1–16.
3. Cath DC, et al.: European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part I: Assessment. European Child & Adolescent Psychiatry 2011; 20: 155–171.
4. Verdellen CWJ, van de Griendt JMTM, Hartmann A: European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part III: behavioural and psychosocial interventions. European Child & Adolescent Psychiatry 2011; 20: 197–207.
5. Azrin NH, Nunn RG: Habit reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. Behaviour Research and Therapy 1973; 11: 619–628.
6. Himle MB, Woods DW: An experimental evaluation of tic suppression and the rebound effect. Behaviour Research and Therapy 2005; 43: 1443–1451.
7. van de Griendt JMTM, et al.: Behavioural treatment of tics: Habit reversal and exposure with response prevention. Neuroscience & Biobehavioral Reviews 2013; 37(6): 1172–1177.
8. Piacentini J, et al.: Behavior Therapy for Children With Tourette Disorder: A Randomized Controlled Trial. JAMA 2010; 303(19): 1929–1937.
9. Dutta N, Cavanna A: The effectiveness of habit reversal therapy in the treatment of Tourette syndrome and other chronic tic disorders: a systemic review. Functional Neurology 2013; 28: 7–12.
10. Roessner V, Rothenberger A: Pharmacological treatment of tics In: Martino D, Leckman JF, editors. Tourette Syndrome. New York: Oxford Press 2013; 524–552.
11. Ghanizadeh A, Haghighi A: Aripiprazole versus risperidone for treating children and adolescents with tic disorder: a randomized double blind clinical trial. Child Psychiatry Hum Dev 2014; 45: 596–603.



Friederike Tagwerker Gloor, lic.phil.

Klinische Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin
in der Spezialsprechstunde für Tic- und Zwangsstörungen
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Neumünsterallee 3
8032 Zürich
Friederike.TagwerkerGloor@puk.zh.ch